CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 76

DES

MEMBRES VARIQUEUX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 20 JUILLET 1888

PAR

M.-U. VERGÉ-SARRAT

Né à Batpouey (Hautes-Pyrénées)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—

1888

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... Doyen
GRASSET..... Assesseur

PROFESSEURS :

Physique médicale	MM. MOITESSIER (✲).
Médecine légale et toxicologie.....	JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale	TÉDENAT.
Opérations et appareils.....	GRYNFELTT.
Pathologie externe.....	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (✲).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. du cours).	MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours)	GILIS.
Botanique et histoire naturelle médicale (Ch. de cours).	GRANEL.
Pathologie interne	N....

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✲). DUPRÉ (✲ C. ✲). CAVALIER (✲).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.....	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✲)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✲)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TÉDENAT, *président*.
DUBRUEIL, professeur.
CARRIEU, agrégé.
FORGUE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

M.-U. VERGÉ-SARRAT.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR FORGUE

PROFESSEUR AGRÉGÉ

M.-U. VERGÉ-SARRAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR FORGUE

PROFESSEUR AGRÉGÉ

M.-D. VERGÉ-SALINAT.

INTRODUCTION

C'est aux conseils de M. le professeur Tédenat que nous devons le choix de notre sujet. Notre excellent maître retrouvera du reste, en parcourant ce modeste travail, les idées qu'il nous a si souvent exposées au cours de son brillant enseignement à l'hôpital Saint-Eloi. Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici toute notre gratitude.

Nous adressons également nos plus vifs remerciements à M. le professeur agrégé Forgue, dont les conseils nous ont été particulièrement précieux, et qui s'est fait un plaisir de mettre à notre disposition quatre belles observations qu'il a recueillies à Saint-Eloi, quand il suppléait M. le professeur Tédenat.

DIVISION DU SUJET

Nous nous empressons de prévenir nos Juges que nous n'avons pas a prétention de faire une étude complète des membres variqueux; notre unique but est de mettre en relief ce que les recherches nouvelles ont établi au triple point de vue de l'étiologie des varices, de leur diagnostic et de l'anatomie pathologique des membres variqueux.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés que soulève notre sujet, même réduit à ces proportions; mais nous espérons que la bienveillance habituelle de nos Maîtres ne nous fera pas défaut.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

MEMBRES VARIQUEUX

PREMIÈRE PARTIE

Définition. — Un membre variqueux est un lieu de moindre résistance vitale; la gêne et les défectuosités de son régime circulatoire, les troubles de son innervation, y font les tissus infirmes et prédisposés aux atteintes morbides. Voilà, en formule générale, ce qu'ont établi les recherches nouvelles. (Forgue, extrait de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, janvier 1888.) Gêne circulatoire, troubles de l'innervation, tels sont donc les deux facteurs qui créent la médiocrité vitale dont nous venons de parler. Quand nous aborderons la côté anatomo-pathologique de notre travail, nous donnerons à ces deux facteurs le développement qui leur convient.

ETIOLOGIE

Causes mécaniques. — On a fait jouer un grand rôle aux causes mécaniques dans la production des varices, et toutes les conditions physiologiques ou anatomiques ont été invoquées pour expliquer leur apparition. C'est ainsi qu'on a incriminé la haute taille, l'action de la pesanteur, les changements brusques de direction des veines, les liens constricteurs, etc., toutes causes qui agiraient en provoquant la stase sanguine dans le membre inférieur. Malheureusement les raisons de cet ordre ont une valeur trop restreinte, puisqu'elles ne prouvent qu'une chose : la plus grande fréquence des varices au membre inférieur.

Mais pourquoi, de deux hommes qui ont une haute stature, l'un a-t-il des varices et l'autre n'en a-t-il pas?

Pourquoi, en somme, chacun de nous n'est-il pas variqueux, puisque les conditions physiologiques et anatomiques dont je viens de parler sont réalisées chez nous tous?

Pour répondre à ces questions, nous croyons qu'il est de toute nécessité d'invoquer une certaine prédisposition, due à un état général de l'organisme.

Arthritisme. — Il n'est pas possible aujourd'hui de nier le rôle joué dans l'étiologie des varices par l'arthritisme et l'athérome artériel. Il est rare qu'un membre variqueux ne soit pas atteint d'eczéma. Qui ne connaît l'eczéma variqueux, dont on a fait une espèce d'entité morbide?

Cette dénomination ne montre-t-elle pas que l'association si fré-

quente des varices et de l'eczéma n'est pas le résultat d'une simple coïncidence, mais bien la preuve d'une étroite parenté entre les deux affections? L'arthritisme se manifeste par de l'eczéma. Pourquoi ne se manifesterait-il pas aussi par des varices? On remarquera, du reste, que les arthritiques et les variqueux présentent les mêmes prédisposition morbides : migraines, dyspepsies, asthme; en sorte qu'à ceux qui nous demanderaient encore comment nous ferions pour rattacher les varices à un état arthritique, nous pourrions répondre par cette autre question : comment feriez-vous vous-mêmes pour les en séparer?

Athérome artériel. — Quant à l'athérome artériel, il est aussi fréquent chez les variqueux que l'arthritisme, c'est-à-dire qu'il ne manque presque jamais. Sur quatre malades qui font le sujet des observations qui vont suivre, deux seulement en sont atteints; mais nous sommes convaincu que ce n'est point là la proportion véritable, car dernièrement encore nous observions, dans le service de M. le professeur Tédenat, une série de variqueux qui offraient tous des signes non équivoques d'artério-sclérose. Du reste, tout le monde sait que les varices sont l'apanage des vieillards, et il est remarquable que les adultes qui en sont affligés sont des vieillards précoces ou des alcooliques invétérés, ce qui s'équivaut au point de vue de l'état des parois artérielles. Partant de ce fait que l'athérome artériel est le compagnon habituel des varices, nous n'avons pas de peine à établir le lien qui doit exister entre ces deux affections.

Certainement nous nous trouvons ici en face d'un rapport de cause à effet, et l'athérome, par les désordres qu'il apporte dans la circulation de l'arbre artériel, doit contribuer, pour une bonne part, à la production de la phlébectasie. Les travaux de Schreider et de Gilson établissent parfaitement ce rôle étiologique de l'artério-sclérose. Quant à la part qui revient à l'arthritisme, on la trouvera, tout au long, dans la remarquable thèse de Broca (1886).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions que l'on rencontre dans un membre variqueux se rapportent : 1° à des troubles trophiques résultant de la gêne circulatoire du membre et à des troubles de son innervation ; 2° à des altérations cutanées qui sont la conséquence de l'opportunité morbide dans laquelle se trouve placé un membre variqueux.

Troubles trophiques

a) Gêne circulatoire. — La gêne circulatoire doit être considérable, puisque les veines sont toujours lésées et que les artères le sont aussi souvent que le malade est athéromateux. Or nous savons quelle est la fréquence de l'artério-sclérose chez les sujets variqueux.

État des veines.— Les veines sont ectasiées, les valvules en sont renversées et les parois infiltrées ; des phlébolithes s'opposent au cours du sang. Bref, nous constatons ici toutes les altérations des varices. Or nous ne nous proposons pas seulement dans ce travail d'étudier les varices, mais bien le membre variqueux ; ce qui fait que, si nous voulons passer en revue toutes les lésions de ce membre, nous ne pouvons pas trop insister sur chacune d'elles. Nous ne nous arrêterons donc pas plus longtemps à l'état des veines.

État des artères. —Lorsque le sujet est athéromateux, les artères du membre variqueux, comme du reste toutes les artères de l'économie, présentent les lésions de l'artério-sclérose. Comme nous ne nous occupons pas exclusivement ici de cette affection, nous passerons outre, en faisant observer toutefois combien la souffrance d'un membre variqueux doit être augmentée, quand à l'ectasie des veines s'ajoute la dégénérescence des artères. C'est dans ce cas, et dans ce cas seulement, que l'on voit apparaître ces vastes ulcères si rebelles à la cicatrisation.

Les observations III et IV fournissent deux beaux exemples à notre dire.

b) Troubles de l'innervation. — On ne s'étonnera pas que les troubles de l'innervation puissent amener des troubles trophiques. Il est démontré aujourd'hui que les nerfs, par leurs actions vaso-motrices ou autres, président, au même titre que les vaisseaux, à la nutrition des éléments anatomiques. Si donc cette nutrition est compromise, on sera en droit de se méfier de l'état des nerfs et de l'interroger. L'altération des nerfs est évidente dans tout membre variqueux. C'est Auzilhon, un élève de la Faculté de Montpellier, qui, le premier, l'a mise en relief dans sa thèse inaugurale. Du reste, les altérations profondes de la sensibilité, chez tous les variqueux, sont des témoignages non équivoques des troubles de l'innervation. Ces altérations de la sensibilité ont été bien précisées par Séjournet, élève de Terrier. On peut d'ailleurs facilement les observer soi-même, et, pour peu qu'on les étudie, on arrive facilement à se convaincre qu'à la surface des membres variqueux la sensibilité se trouve atténuée en tous ses modes.

Ainsi la perception distincte des deux pointes du compas de Weber exige un écartement bien supérieur à l'écartement physiologique; il y a des malades chez qui cet écartement peut aller jusqu'à 6 ou 7 centimètres (6 dans l'obs. I); bien plus, au niveau des placards eczémateux,

quel que soit l'écartement, il est impossible au malade de distinguer deux sensations. Voilà pour la sensibilité au contact. La sensibilité à la douleur, toujours diminuée, ainsi que la précédente, peut dans certains cas être complétement abolie; il n'est pas rare de trouver des individus tout à fait insensibles aux piqûres d'épingle. Quant à la sensibilité à la température, elle est aussi très-atténuée : il y a des malades qui font à peine la différence du froid et du chaud, il y en a d'autres qui ne la font pas du tout, et il y en a certains qui ne perçoivent absolument rien.

Pathogénie des altérations nerveuses. — Nous sommes donc édifié sur l'existence des altérations nerveuses. Mais de quelle nature sont ces altérations, et quelle est leur filiation pathogénique? C'est Quénu qui va nous le dire; cet auteur a trouvé, en six observations, « des altérations nerveuses variant d'une simple dilatation des vaisseaux avec hypertrophie peu considérable du tissu conjonctif périfasciculaire jusqu'à un étouffement du tissu nerveux par une sclérose à la fois extra et intrafasciculaire, avec formation dans l'épaisseur du cordon nerveux d'un véritable tissu caverneux » (Quénu, *Revue de chirurgie*, 1882, p. 895). « Quant à la filiation histologique de ces lésions, elle doit être ainsi comprise: varices et périphlébite des vésicules du tronc nerveux, des *vasa nervorum*; consécutivement à cette phlébite, névrite périfasciculaire (qui peut grossir le cordon nerveux au point qu'un saphène externe prend le volume d'un sciatique); à un degré plus avancé, le processus de sclérose s'attaque au faisceau primitif lui-même, et la névrite périfasciculaire est devenue intrafasciculaire. Ce sont donc les vésicules ectasiées du tronc nerveux qui propagent, guident et dirigent ce travail d'inflammation scléreuse périvasculaire: la périphlébite entraîne la périnévrite. » (Forgue, extrait de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, janvier 1888.)

Ulcère variqueux. — Nous en avons donc fini avec les troubles

trophiques des membres variqueux et avec les altérations vasculaires ou nerveuses qui les produisent. L'ulcère variqueux est comme l'aboutissant ou le dernier terme de cette dénutrition. Seulement son apparition est subordonnée à des conditions spéciales, à l'athérome artériel par exemple, comme nous l'avons indiqué plus haut.

Passons maintenant aux lésions cutanées qui sont le résultat de cette opportunité morbide, qui caractérise si bien l'état d'un membre variqueux.

Lésions cutanées

Eczéma.— Elles sont constituées par les syphilides et l'eczéma. A propos de l'étiologie des varices, nous avons déjà parlé de l'eczéma, puisque nous avons vu dans ce dernier la preuve d'une diathèse à laquelle nous voulions rattacher tout le mal. Si nous portons de nouveau la question de l'eczéma sur le tapis, c'est à un autre point de vue : il ne s'agit plus maintenant de découvrir une diathèse plus ou moins bien masquée ; au contraire, nous partons de ce fait que la diathèse existe, et la question se pose alors de la façon suivante : Comment chez un sujet variqueux, manifestement arthritique, l'état constitutionnel se localise-t-il sous forme d'eczéma sur le membre malade ? La réponse à cette question n'offre pas de grandes difficultés.

Nous avons vu combien un membre variqueux est un lieu de moindre résistance, et c'est précisément pour ce motif qu'il se fait chez lui un appel énergique aux localisations morbides, en vertu d'un principe aussi vieux que la médecine elle-même. Voilà donc comment se comporte un membre variqueux à l'égard d'une diathèse héréditaire. Il ne se comporte pas autrement à l'égard d'une diathèse acquise.

Syphilides.— Les syphilides se rencontrent souvent sur un membre variqueux, et cela presque chaque fois que l'individu est en puis-

sance de vérole. Quelquefois on se trouve en face d'un fâcheux mélange de varices, d'eczéma et de syphilis : c'est l'hybridité syphilitico-variqueuse si bien décrite par Broca. Le malade de l'observation II nous offre un curieux exemple de cette hybridité. C'est toujours en vertu du même principe et de sa moindre résistance qu'un membre variqueux fixe ces manifestations constitutionnelles.

DIAGNOSTIC

Varices superficielles. — Il ne présente pas de difficulté quand il s'agit de varices superficielles. Les ampoules veineuses et les dilatations serpentines, compagnes habituelles de ces varices, nous mettent de suite sur la voie.

Varices profondes.— Il n'en est pas de même quand on a affaire à des varices profondes. Ici pas de dilatations, pas d'ampoules ; les varices sont invisibles ; il faut en quelque sorte les deviner. Les varices profondes ne sont connues que depuis les travaux de Verneuil, fait qui s'explique parfaitement par les difficultés que présente le diagnostic. Voici à quels signes on peut reconnaître ces varices : le membre est empâté, volumineux après la station verticale prolongée ; un œdème apparaît le soir autour des malléoles ; le membre est sujet aux refroidissements et à des crampes fort douloureuses ; la peau se recouvre de points bruns et jaunâtres.

Ordre d'apparition des varices. — Le même membre peut présenter à la fois des varices superficielles et des varices profondes. Un point important à noter relativement à l'ordre d'apparition de ces lésions est le suivant : les varices superficielles sont toujours précédées par les varices profondes.

DEUXIÈME PARTIE

Nous allons passer maintenant à l'exposé des observations que nous devons, comme je l'ai dit plus haut, à l'amabilité de M. Forgue. On y verra, nous le pensons bien, la démonstration clinique des faits que nous avons avancés dans la première partie de notre travail.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Varices profondes ; eczéma et déformation éléphantiasique du membre

P..., soixante-sept ans, propriétaire, entre le 6 octobre 1887, salle Saint-Éloi, n° 36. Antécédents héréditaires peu instructifs ; pas de maladie sérieuse antérieure.

Il y a cinq ou six mois, l'affection a débuté par des taches rouge brun, irrégulièrement disséminées sur le dos du pied gauche, légèrement démangeantes, accompagnées bientôt d'une sensation de tension douloureuse, et recouvertes, au dire du malade, de petits boutons qui se sont rompus et sont devenus suintants. En même temps la peau, croûteuse et enflammée, s'est progressivement épaissie au niveau du

tiers inférieur de la jambe et de la face dorsale du pied. Les symptômes généraux ont été peu marqués, et le malade n'a jamais gardé le lit. Un mois après la poussée éruptive sur la jambe gauche, des taches brunes ont aussi apparu sur la jambe droite. Depuis une quinzaine de jours, la marche est devenue difficile, et le malade se décide à entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée : Homme de bonne vigueur apparente, n'offrant aucun signe de sénilité avancée (ni cercle sénile accentué, ni artères indurées par l'athérome, ni troubles cardiaques, ni lésions pulmonaires). Sobriété habituelle et bonne nutrition générale. Ce qui frappe, chez ce malade, c'est l'énorme déformation éléphantiasique du membre inférieur gauche : la jambe, à partir de son tiers moyen, est tuméfiée et déformée; elle représente une colonne cylindrique, presque uniformément massive, de circonférence périmalléolaire de 40 cent., soulevée à la région tibio-tarsienne par un bourrelet hypertrophié en bride saillante sur le cou-de-pied. La face dorsale du pied est bombée, indurée, bossuée par une infiltration résistante, où le doigt ne peut creuser le godet d'œdème; les méplats malléolaires sont indistincts, les gouttières rétropéronières et rétrotibiales, ainsi que l'excavation plantaire, sont comblés par l'hypertrophie éléphantiaque ; les orteils eux-mêmes, surtout le pouce, sont tuméfiés et pachydermiques. L'épiderme est rude, irrégulier, par places érodé et couvert de quelques placards croûteux, avec de rares exulcérations fissuraires suintantes. Mais ce qui frappe le plus, c'est que tout le dos du pied et tout le quart inférieur de la face antérieure de la jambe présentent une hypertrophie papillaire remarquable : vous avez observé, en ces points, des saillies tubéreuses pisiformes, des nodosités assez régulières, croûtelleuses, mais très-médiocrement suintantes, au niveau du cou-de-pied, vous avez remarqué que ces tubérosités papillaires couvraient aussi la face dorsale des orteils, très-développés en cette dimension, aplatis au contraire en leurs faces contiguës. Le membre inférieur est devenu pesant et inhabile à la marche; la progression se fait en fauchant, le membre inférieur se portant en avant tout d'une pièce, comme enraidi en un appareil ina-

movible. La sensibilité aux divers agents est très-notablement diminuée sur toute la partie malade, et ces troubles anesthésiques sont à leur maximum au niveau de la face dorsale du pied : en ce point, il faut, pour la perception distincte des deux pointes du compas de Weber, un écartement de 6 cent. La sensibilité paraît d'ailleurs atteinte en tous ses modes : le malade n'apprécie point des différences thermométriques considérables (contacts de corps métalliques froids et d'éponges trempées en des solutions chaudes). La thermesthésie est remarquablement pervertie et obtuse, surtout au niveau du bourrelet éléphantiasique du cou-de-pied.

Sur le membre inférieur droit, vous avez noté ces placards pigmentés, rouge brun, irrégulièrement arrondis, de la grandeur d'une pièce d'un franc ou de deux francs, en faible relief appréciable au doigt sur le tégument, modérément induré à leur niveau et plus difficilement plissable; vous avez observé quelques squames furfuracées sur ces plaques embrunies, et je vous ai montré à leur pourtour de rares éléments éruptifs isolés, à sommet légèrement croûtelleux, faiblement prurigineux. Ces plaques sèches, fortement teintées de brun rouge, maculent la face externe de la cuisse droite, au niveau du tendon rotulien; la face antérieure de la jambe, surtout en son tiers moyen et en sa région sus-malléolaire : en ces points, la sensibilité tactile, douloureuse et thermique, a subi une très-notable dépréciation. Notez que, sur les deux avant-bras, on retrouve de semblables placards d'eczéma sec pigmenté.

Devant cette dermite hypertrophique du muscle inférieur gauche, la plupart d'entre vous ont prononcé le mot d'*éléphantiasis*. Et, en effet, à première vue diagnostique, cette déformation pachydermique paraît légitimer ce terme et ce rapprochement symptomatique; mais il nous a bien fallu, après plus attentive discussion, accepter quelques objections contraires à ce diagnostic. Notre malade n'avait jamais habité les régions tropicales et circatropicales, où l'éléphantiasis est endémique. Je sais bien que vous m'opposez quelques cas authentiques d'éléphantiasis nostras, bien et dûment confirmés tels par des

maîtres en dermatologie; mais encore faut-il, pour admettre raisonnablement cette opinion diagnostique, une suffisante ressemblance dans l'évolution symptomatique. Or notre malade n'a jamais eu ces lymphites et adénites à répétition, ces poussées angiolencitiques récidivantes, qui préparent la lente obstruction des voies lymphatiques et la pachydermie œdémateuse chronique des membres éléphantiaques. Si vous m'objectez qu'on retrouve dans l'histoire du malade un début par des placards éruptifs rouge brun, tendus et douloureux, je vous répondrai que ce n'est point là le tableau des lymphangites paroxistiques de l'éléphantiasis, apparaissant sous la forme de plaques marbrées réticulaires et de traînées rubanées tronculaires, montant vers des ganglions enflammés avec un appareil fébrile assez intense; et j'ajouterai que le membre inférieur droit nous montre des placards éruptifs de même aspect, au dire du malade, que les taches initiales du membre éléphantiasique. Nous avons donc là, pour ainsi parler, des lésions-témoins; or ces plaques sont, comme je vais vous le développer, l'eczéma nummulaire sec.

Il y avait un diagnostic qui méritait discussion : le lupus prend sur les membres des aspects variés, souvent il détermine des déformations éléphantiasiques et papillomateuses. Je me souviens d'avoir vu, chez Besnier, un lupus de la face antérieure du genou formant nappe infiltrée et hypertrophique de toute la région.

En quelques cas, le lupus pseudo-éléphantiasique des membres inférieurs peut déformer monstrueusement la jambe, effacer les reliefs malléolaires, tuméfier la face dorsale du pied et des orteils, et se recouvrir de saillies papillomateuses exubérantes.

Un médecin militaire, M. Hattute, a relaté en nos Archives une remarquable observation d'éléphantiasis tuberculo-caséeux qui nécessita l'amputation du membre éléphantiaque; il trouva dans les tissus lardacés sous-cutanés et intermusculaires un nombre considérable de petites masses caséeuses, à des stades différents d'évolution et de désintégration.

Tout récemment (Thèse de Greifswald, 1885), Mangelsdorff commu-

niquait trois cas de cette variété clinique de lupus éléphantiasique (*Elephantiasisartige Form des Lupus*) que Busch avait déjà désignée sous le nom d'*Epitheliomartige Form des Lupus.*

Ce qui ajoute parfois à la difficulté du diagnostic, c'est que, comme l'ont très-justement indiqué Lailler et Mathieu, le lupus des membres inférieurs a de commun avec l'éléphantiasis des Arabes les poussées successives de lymphangite profonde, qui laissent à leur suite des tissus plus engorgés et plus déformés.

D'autre part, les nodosités constituantes du lupus peuvent être si bien perdues dans l'infiltration en nappe, elles peuvent être si aisément confondues avec les saillies papillomateuses observées en notre cas, qu'elles ne fournissent point un renseignement diagnostique décisif. Ici, ce qui nous permettait d'écarter cette hypothèse, c'était l'absence d'autre manifestation lupique, de cicatrices et de traces scrofulo-tuberculeuses, et, par-dessus tout, la constatation sur le membre inférieur droit des lésions en leur type initial.

C'est en effet, Messieurs, en dermatologie, un principe absolu de recherche diagnostique, que j'ai souvent entendu émettre par Besnier et Fournier, de poursuivre la lésion primitive en son type éruptif pur, et non adultéré par les complications ou modifications ultérieures (grattage, inflammation, œdème circonvoisin, topiques irritants, caustiques ou malpropreté).

Ici, par exemple, ne vous obstinez pas à la seule observation du membre éléphantiasique ; cherchez ailleurs, étudiez ces placards du membre inférieur droit et des deux avant-bras, et, dans ces groupes éruptifs, n'observez point surtout les éléments centraux vieillis, modifiés ; recherchez à la périphérie les éléments jeunes et d'éruption récente, ces sentinelles avancées du groupe ; notez ces papules foncées, à sommet légèrement squameux, avec une mince collerette épidermique et un peu de prurit : c'est là la forme éruptive initiale, c'est l'eczéma nummulaire sec, semé sur un fond pigmenté très-important à noter. En ce type éruptif, les vésicules eczémateuses sont rares, elles sont le plus souvent inobservées, éphémères, et l'éruption est sèche.

Donc, voilà un premier point acquis au diagnostic : la lésion primitive, chez notre malade, a été de l'eczéma des membres inférieurs ; mais par quelles influences et quelles complications cet eczéma a-t-il subi au membre inférieur cette transformation papillomateuse et éléphantiasique, et a-t-il pris cet aspect clinique que Bazin désignait sous le nom d'*eczéma dégénéré*, et Hardy sous celui de *lichen hypertrophique?*

C'est parce qu'il s'est développé sur un membre inférieur variqueux et par des procédés pathogéniques que nous étudierons tout à l'heure, qu'il s'est aussi remarquablement dévié de son type symptomatique habituel.

Si vous m'objectez, comme vous l'avez fait, qu'on ne peut déclarer variqueux un membre où apparaissent à peine quelques veinosités superficielles, quelques arborisations déliées, je vous répondrai que ce ne sont point les membres chargés de pelotons veineux, noués d'ampoules variqueuses, mais, au contraire, ceux qui sont pauvres en varicosités apparentes, qui offrent les plus profondes altérations trophiques. Je vous dirai que les recherches et les injections de Verneuil, dont on admire au musée Dupuytren les remarquables pièces, ont depuis longtemps inversé la proposition classique ; que le réseau profond intra et intermusculaire peut être variqueux à un haut degré en l'absence de toute phlébectasie superficielle, sans que la réciproque soit vraie, et qu'enfin il faut savoir dépister ces altérations variqueuses profondes, avec les indices symptomatiques que nous a enseignés Verneuil : après station prolongée ou marche pénible, tuméfaction et induration notable des masses musculaires du mollet ; œdème profond, comblant les gouttières postmalléolaires et donnant à la jambe un aspect cylindrique ; apparition de taches brunes en plaques irrégulières (et nous avons vu que ces placards pigmentés constituent ici le fond éruptif des éléments eczémateux nummulaires) ; éruptions cutanées et démangeaisons ; fatigue rapide du membre, qui devient lourd, inhabile, engourdi par des crampes gravatives du mollet.

Or notre malade présentait au complet cet ensemble symptomatique ; et c'est pourquoi, à la fin de cette longue et instructive discussion diagnostique, nous concluons qu'il s'agit chez lui d'une transformation éléphantiasique et papillomateuse d'un eczéma variqueux.

Les indications thérapeutiques nous ont paru ici : le maintien du membre inférieur en position élevée, pour venir en aide à la circulation de retour ; l'emploi d'une pommade substitutive pour modifier l'induration et la sclérose dermique (vaseline, 30 grammes ; huile de cade, 4 grammes ; baume du Pérou, 1 gramme), et la compression ouatée-caoutchoutée, suivant la pratique américaine.

Sous l'influence de ce traitement, l'activité trophique s'est relevée en ce membre éléphantiaque, et la stase circulatoire s'est supprimée ; quelques jours après, la diminuation apparente était frappante. A la fin du mois, le malade quittait le service, considérablement amélioré. Il restait encore de l'épaississement et de l'hypertrophie cutanée ; mais les saillies papillomateuses s'étaient affaissées, les bourrelets avaient disparu, les méplats malléolaires étaient libres, et la marche était redevenue possible.

OBSERVATION II

Eczéma variqueux ; syphilides du membre inférieur ; hybridité syphilitico-variqueuse

Étienne Gr..., quarante-trois ans, fondeur. Père mort à quarante-sept ans, et mère morte à soixante-douze. Une sœur est morte poitrinaire à trente ans, une autre a succombé à la fièvre typhoïde à l'âge de dix-huit ans ; deux frères morts en bas âge. Bonne santé habituelle ; aucune maladie antérieure grave.

En mars 1870, chancre induré ; période secondaire à symptômes atténués (calvitie par clairières nombreuses). Quelques pilules hydrargyriques, la cautérisation locale au nitrate d'argent, ce fut là le seul trai-

tement, et il ne fut suivi que pendant quatre mois. Depuis et jusqu'au début des accidents, abstention et négligence thérapeutiques absolues; la santé, d'ailleurs, se maintint parfaite jusqu'en février 1855.

A ce moment, le malade aurait été brusquement atteint d'accidents articulaires (tuméfaction énorme, douleur intense, mouvements impossibles, qui l'avaient tenu alité deux jours seulement et l'auraient empêché pendant vingt jours de reprendre son travail. Il paraît impossible d'établir en sa vérité clinique cet épisode de l'histoire de notre malade: s'est-il agi d'accidents rhumatoïdes ou de lésions articulaires syphilitiques? Il paraît y avoir une intensité réactionnelle trop vive, une douleur trop intense, une évolution trop rapide, pour accepter la dernière hypothèse.

En janvier 1886, apparurent sur la jambe gauche plusieurs petites collections abcédées, qui se réunirent et formèrent une plaie étendue; leur évolution par groupes arrondis d'éléments apparus sur un fond cutané rouge vineux, la formation de croûtes foncées à leur niveau, la constatation actuelle de cicatrices minces, déprimées, cuivrées à leur pourtour, permettent de poser le diagnostic rétrospectif de syphilides pustuleuses.

En octobre 1886, une grosse veine dilatée se rompit sur la face interne de la jambe, à 10 centimètres au-dessous de la malléole interne: il en résulta une plaie suintante, qui empêcha tout travail et rendit la marche impossible sans l'appui d'une béquille. Depuis six mois, la plaie s'est cicatrisée, et le malade a repris son métier; mais, dernièrement, la plaie jambière s'est remise à suinter et a déterminé le malade à entrer à l'hôpital. Notez que, six mois après le début de la poussée syphylitique à la jambe gauche, le membre inférieur droit était à son tour envahi par les mêmes pustules ulcéreuses tertiaires, qui ont laissé leur trace cicatricielle en des maculatures cuivrées, fortement embrunies, que vous constatez au tiers inférieur de la cuisse, au niveau du genou et à la face interne de la jambe.

A l'entrée (19 octobre), voici ce que vous pouvez observer: ce malade, d'état général excellent, sans tare viscérale notable, présente sur

sa jambe gauche le type symptomatique de l'eczéma variqueux. Voyez, en cette région dont la malléole serait le centre, cette peau d'une teinte rouge luisante, iodurée, craquelée de lignes fissuraires parallèles très-modérément suintantes ; observez cette grande plaque commençant à trois travers de doigt au-dessus de la malléole, étendue, sur une hauteur de 15 centimètres, en avant, à toute la demi-circonférence jambière ; à son niveau, les téguments ont pris un aspect brillant, vernissé, rouge violacé, par endroits égratigné de quelques érosions superficielles. Vous comprenez que ce placard de peau amincie, pelliculaire ; que cette baudruche cutanée, pour ainsi parler, recouverte de squames épidermiques peu adhérentes et partiellement décollées, creusée de quelques fissures érosives, piquetée de quelques sugillations purpurines, ne pourra supporter aucune atteinte traumatique, que toute contusion y fera un ulcère, que toute éruption eczémateuse nouvelle s'y continuera et s'y compliquera avec une désespérante chronicité.

Voyez, en dehors de cette nappe d'eczéma variqueux, ces taches cicatricielles cycliques, un peu déprimées, minces, dépigmentées en leur centre, mais conservant à leur pourtour un anneau foncé, oignon roussi ; ces maculatures cicatricielles à aréole cuivrée, du volume d'une pièce d'un franc, que vous voyez disséminées sur les deux membres inférieurs, à la partie inférieure de la cuisse et sur l'espace externe et interne de la jambe, portent la signature de la syphilis et sont le reliquat cicatriciel de la poussée pustuleuse tertiaire dont le malade a été atteint. Remarquez aussi cette frappante immunité des membres supérieurs et du tronc, par opposition avec les multiples syphilides qui ont constellé de plaques cuivrées les membres inférieurs.

Au niveau des plaques eczémateuses, à gauche, la piqûre d'épingle est perçue, quoique faiblement, en tant que sensation de tact ; mais, aussi fort qu'on enfonce l'épingle, on ne détermine pas de douleur. La sensibilité au froid et au chaud est abolie. La perception distincte des deux pointes du compas Weber est impossible, quel que soit l'écartement ; une seule pointe est perçue, et très-irrégulièrement. A droite, au niveau des cicatrices des syphilides, la sensibilité au tact est seule con-

servée ; sur les parties saines, toutes les excitations sont perçues, mais il faut à la jambe un écartement de 7 centimètres pour la perception isolée des deux pointes, alors qu'à la cuisse 1 ou 2 centimètres suffisent.

En résumé, Messieurs, voilà une observation à plusieurs titres intéressante : elle vous offre d'abord un remarquable exemple d'eczéma variqueux ; en outre, notre malade est un syphilitique variqueux (la syphilis existe à son dossier, et les varices sont dénoncées par la rupture variqueuse antécédente et par les symptômes des phlébectasies profondes) ; et c'est l'état variqueux qui, chez lui, a fixé aux membres inférieurs (*locus minoris resistentiæ*) la poussée syphilitique tertiaire et l'éruption eczémateuse (remarquable immunité des membres supérieurs et du tronc).

OBSERVATION III

Ulcère variqueux ; athérome artériel ; troubles de la sensibilité

Maum..., cinquante-six ans, marchand ambulant, entre, le 21 septembre, salle Saint-Éloi, n° 20. La mère et une sœur étaient atteintes d'ulcère variqueux ; lui-même est un vieux variqueux, et souffre depuis son enfance.

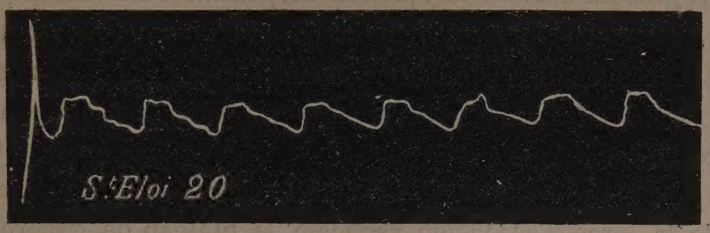
Il y a dix ans, un traumatisme léger entama la face antérieure de la jambe droite en son tiers inférieur ; de là une ulcération de lente cicatrisation et de fréquentes récidives, à l'occasion du moindre prétexte traumatique (entrées à l'hôpital par trois reprises).

A son entrée, le 22 septembre, vous avez observé au-dessus des malléoles et à la face antéro-interne du membre droit cette plaque ulcéreuse circulaire, large de 8 centimètres, encadrée de bords indurés et surélevés, avec une bordure large de téguments infiltrés, pigmentés et brunâtres ; vous avez vu que le fond de l'ulcère était recouvert d'une

sorte de bouillie fétide grisâtre, d'une couenne gangréneuse épaisse de 2 centimètres, que j'ai enlevée au thermocautère, et sous laquelle nous avons trouvé le fond gris, atonique, irrégulier, de l'ulcère variqueux. Le Paquelin et l'iodoforme ont fait merveille ici, et la plaie a rapidement pris un aspect franchement granuleux.

Sur tout le pourtour de la plaque ulcéreuse et dans les deux tiers inférieurs de la jambe, la thermesthésie est supprimée : le malade ne distingue pas le froid et le chaud. De plus, la sensibilité tactile est très-notablement atteinte : il faut, pour la perception isolée des deux pointes æsthésiométriques, un écartement de 3 centimètres de plus que sur le membre opposé.

Le sphygmographe nous a révélé la dégénérescence athéromateuse des artères, que nous avions déjà trouvées rigides, flexueuses, moniliformes. Voyez ce tracé sphygmographique : la ligne d'ascension ver-



ticale est suivie d'un plateau horizontal qui dénonce la dégénérescence athéromato-calcaire du tube artériel ; notez aussi la longueur et le polycrotisme de la ligne de descente. Voilà donc un variqueux à artères malades, et nous verrons quel est, au point de vue pathogénique, l'intérêt de cette exploration du système artériel.

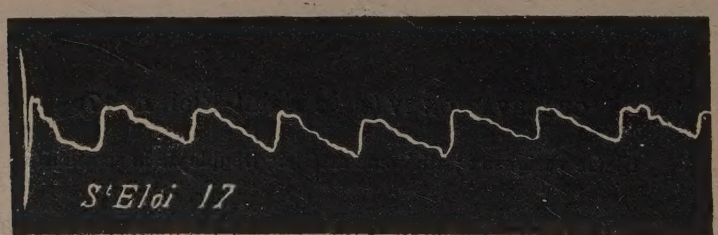
OBSERVATION IV (salle Saint-Éloi, n° 17)

Ulcère variqueux ; athérome artériel ; trouble de la sensibilité

L'histoire de ce malade a la plus grande ressemblance symptomatique avec l'observation précédente.

J....., cinquante-deux ans, scieur de long. Bonne santé habituelle, mais alcoolisme invétéré. Début il y a douze ans : après une contusion légère, plaie ulcéreuse du tissu inféro-interne de la jambe. Ulcération à marche extensive, à cicatrisation précaire, à tendances récidivantes. Quatre reprises de l'affection en ces douze années. En août 1887, nouvelle récidive. A l'entrée du malade (26 septembre 1887), vous avez observé qu'à la jambe droite et dans les deux tiers inférieurs la peau était épaissie, infiltrée, d'un brun violacé, à épiderme ramolli et desquamant. A trois travers de doigt au-dessus de la malléole, plaque ulcéreuse du diamètre de 8 centimètres, à lèvres boursouflées et déjetées, surplombant un fond grisâtre, anfractueux, vallonné, rempli d'un détritus pultacé fétide ; une zone indurée fortement pigmentée bordait la plaie ulcéreuse. Des deux côtés, mais à droite surtout, et en arrière, il y a des varicosités superficielles d'un bleu violacé réticulé, sans grosses masses variqueuses serpentines. Dans toute l'étendue des parties malades, la sensibilité à l'épingle est très-réduite ; le chaud et le froid sont très-indistinctement perçus. L'endartérite chronique a induré les tubes artériels ; l'artère radiale est résistante, le pouls irrégulier. Le sphygmographe montre nettement le sénilité précoce de l'arbre artériel ; observez, sur la courbe graphique, la brusquerie de la ligne d'ascension verticale, le plateau de générescence endartérique, la prolongation et le polycrotisme de la ligne de descente : vous voyez écrites en ce tracé les défectuosités de l'arbre artériel et sa dégradation athéromato-calcaire.

L'ulcère, nettoyé au Paquelin, pansé à l'iodiforme et à l'iodol, s'est



modifié, a franchement granulé, et un liséré cicatriciel concentrique l'a réduit à une plaie ulcéreuse de 3 centimètres (23 décembre). La réparation totale est en train de s'achever par une plaque cicatricielle pigmentée, malheureusement fragile et de résistance précaire.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 13 juillet 1888.

Le Recteur de l'Académie de Montpellier,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 12 juillet 1888.

Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!